**FICHE D’INSCRIPTION**

**et DOSSIER SANITAIRE**

**LIEU DU SEJOUR :** …………………………………………………………………………….……

*Photo de l’enfant*

(Obligatoire)

**NOM DU SEJOUR :** …………………………………………………………………………….….

**THEMATIQUE DU SEJOUR :** …………………………………………………………………..

**DATE :** …………………………………………………………………………………………….…….

**PROVENANCE :** ……………………………………………………….…………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE JEUNE :**  **NOM :** ………………………………………………………….……  **Prénom :** …………………………………………………..…….……  **Né(e) le**………………………………………………………….……  **Âge :** …………………………………………………….……….……  **Sexe :** M / F **Nationalité :** …………………………………..……………………..……...……  **Taille :** ………………………….…… **Poids :** …………………………………… **Pointure :** …………………………….…………… | |
| **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS :**  Mariage - En couple - Pacs - Veuf/Veuve - Divorce - Célibat | |
| Responsable légal de l’enfant | Responsable légal de l’enfant |
| **PÈRE**  **NOM et Prénom :** ………………………………………….……  **Adresse :** ………………………………………….………………..  ………………………………………….……………………………….  **CP :** …………………………  **VILLE :** ………………………………  **Nationalité :** ………………………………………….…………..  **Profession :** ………………………………………….……………  **Tél. Fixe :** ………………………………………….………….……  **Tél. Portable :** ………………………………………….………..  **Courriel :** ………………………………………….………………. | **MÈRE**  **NOM et Prénom :** ………………………………………….……  **Adresse :** ………………………………………….………………..  ………………………………………….……………………………….  **CP :** …………………………  **VILLE :** ………………………………  **Nationalité :** ………………………………………….…………..  **Profession :** ………………………………………….……………  **Tél. Fixe :** ………………………………………….………….……  **Tél. Portable :** ………………………………………….………..  **Courriel :** ………………………………………….………………. |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   **NUMÉRO DE TÉLÉPHONE À JOINDRE EN PRIORITÉ :** | |
| **EN CAS D’ABSENCE DU RESPONSABLE PENDANT LE SEJOUR, PREVENIR :**  **NOM et Prénom :** ………………………………………….………………………………………………………………………………………….  **Adresse :** ………………………………………….……………………………………………………………………………………………………….  **CP :** ………………………………………….……………………… **VILLE :** ………………………………………….……………………………  **Lien de parenté (éventuel) :** ………………………………………….………………………………………………………………………….  **Tél. Fixe :** …………………………………………….…… **Tél. Portable :** ………………………………………………………….…… | |

|  |
| --- |
| **AUTORISATIONS PARENTALE ET DROIT A L’IMAGE :**  **Je soussigné(e)** ………….…………………………………………………………………………………………………………………………….  **Demeurant** ………….…………………………………………………………………………………………………………………………………..  **Agissant en qualité de** (entourer la mention correspondante)**: Père - Mère - Tuteur (trice)**  **Autorise** mon fils/ma fille (rayez la mention inutile) à pratiquer les activités prévues dans le centre de vacances, pour lequel il/elle est actuellement inscrit(e).  **ET,**  **Autorise** l’équipe d’animation du séjour et l’organisateur JAD à utiliser l’image de mon enfant sur support photographique ou informatique (blog de l’association, catalogue), **à l’usage exclusif du service**, pour la présentation et l’illustration des centres de vacances proposés aux enfants.  **Fait à :** ………………………  **Le :** ………………………………… **Signature du responsable légal :** |

|  |
| --- |
| **AUTORISATIONS D’ANESTHESIER ET D’OPERER :**  **Je soussigné(e)** ………….…………………………………………………………………………………………………………………………….  **Demeurant** ………….…………………………………………………………………………………………………………………………………..  **Agissant en qualité de** (entourer la mention correspondante)**: Père - Mère - Tuteur (trice)**  **Autorise** en cas d’urgence, l’équipe d’encadrement à faire anesthésier et opérer mon fils/ma fille (rayez la mention inutile) si son état de santé le nécessite.  **Fait à :** ………………………  **Le :** ………………………………… **Signature du responsable légal :** |

|  |
| --- |
| **IMPORTANT :**  Votre enfant a-t-il une **allergie sévère**, un **handicap** et/ou des **problèmes de santé** à prendre en compte dès son inscription (Ex : P.A.I, …) ? OUI / NON  Si oui, merci de préciser et de joindre les documents utiles :  …….…………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………..………..…….…………………………………………………………………………………………………………………………………..…….……………………………………………………………………… |

**SUIVI SANITAIRE DE L’ENFANT**

* **L’ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT MEDICAL DURANT LE SEJOUR ? OUI / NON**

*Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d’origine et marqués au nom de l’enfant avec la notice).* ***AUCUN médicament ne pourra être délivré sans ordonnance.***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N° de Sécurité Sociale :**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   **Bénéficiez-vous de la C.M.U ?**  **OUI**  **NON**  Si oui, joindre la photocopie de l’attestation en cours de validité. |

* **VACCINATIONS :**

*A compéter à partir du carnet de santé de votre enfant.* ***Joindre la photocopie du carnet de santé****.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATE DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDES | DATE |
| **Diphtérie** |  |  |  | **Hépatite B** |  |
| **Tétanos** |  |  |  | **Rubéole**  **Oreillons**  **Rougeole** |  |
| **DT Polio** |  |  |  | **Coqueluche** |  |
| **Ou Tétra Coq** |  |  |  | **BCG** |  |

* **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :**

L’enfant fait-il des allergies ?

**Asthme : NON / OUI**

**Alimentaires  NON / OUI, précisez :**

**Médicamenteuses : NON / OUI, précisez :**

**Autres :**

L’enfant mouille-t-il son lit ? **OUI /**  **NON /**  **OCCASIONNELLEMENT**

Votre enfant porte-t-il ? **DES LUNETTES /**  **UN APPAREIL DENTAIRE / UN APPAREIL AUDITIF**

S’il s’agit d’une jeune fille, est-elle réglée ? **OUI /**  **NON**

* **PARTICULARITES ALIMENTAIRES :**

***IMPORTANT :*** *Veuillez nous spécifier tout régime ou restriction alimentaire (****ex. : SANS VIANDE, SANS GLUTEN, SANS PORC, …)*** *concernant votre enfant. Le rythme et l’intensité de certaines activités nécessite une alimentation quotidienne et la participation aux repas de tous.*

**NOM DU MEDECIN TRAITANT ET COORDONNEES :**

* **L’ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RUBEOLE**  OUI / NON | **VARICELLE**  OUI / NON | **ANGINES**  OUI / NON | **OREILLONS**  OUI / NON |
| **SCARLATINE**  OUI / NON | **OTITES**  OUI / NON | **ROUGEOLE**  OUI / NON | **COQUELUCHE**  OUI / NON |

**MIEUX LE/LA CONNAÎTRE POUR MIEUX L’ACCUEILLIR**

|  |
| --- |
| **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**  …….…………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………….…………………………………………………. |

|  |
| --- |
| **Votre enfant sait-il nager ?** OUI / NON  **Est-ce son premier séjour ?** OUI / NONSi non, a combien de colonies a t-il déjà participé ?  **Pratique t-il une activité sportive ?** NON / OUI, précisez : |

**Pièces à fournir :** Dossier d’inscription et sanitaire (dûment rempli et signé)

Copie de l’attestation de Sécurité Sociale ou CMU

Copie du carnet de santé

|  |
| --- |
| **AUTORISATION PARENTALE :**  Je soussigné(e), (NOM, Prénom) déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier.  J’ai pris note qu’en cas d’intervention du médecin, le responsable du séjour avancerait les frais médicaux que je m’engage à rembourser au prestataire Jad ou au comité auprès duquel j’effectue ladite inscription. Je recevrai en retour les feuilles de soin de la Sécurité Sociale.  J’autorise mon enfant à utiliser les moyens de transport (car, minibus) nécessaires dans le cadre de sorties extérieures durant ce séjour.  Fait à , le  **Signature du Responsable légal suivie de la mention « Lu et approuvé »** : |

**Dossier à retourner à :**

**JEUNESSE ACTIVITES ET DECOUVERTE**

**28, Allée de la Cerisaie 24100 BERGERAC**

**Tél. : 06 74 31 58 44**

**Mail : contact@asso-jad.fr**